

Спонтанное расслоение верхней брыжеечной артерии

Клинический случай и алгоритм ведения пациентов

Спонтанное изолированное (без вовлечения брюшной аорты) расслоение верхней брыжеечной артерии (ВБА) является редким патологическим состоянием. С 1947 года, когда Bauerfeld и Jackson впервые описали данное заболевание, в литературе представлено всего около 80 клинических случаев. У большинства пациентов со спонтанным расслоением ВБА, которое проявлялось гиповолемическим шоком и перитонитом, проводили оперативное лечение, однако в отдельных случаях при бессимптомном течении применяли консервативный подход. Как сообщается в нескольких наиболее поздних публикациях, для лечения таких пациентов можно с успехом использовать эндоваскулярное стентирование.

Группа авторов из клиники абдоминальной хирургии и трансплантологии Университетского госпиталя Женевы (Швейцария) представили клинический случай спонтанного расслоения ВБА с вовлечением добавочной правой печеночной артерии (ДППА). Они описали относительно новый и перспективный терапевтический подход к ведению таких пациентов, который использовали в данном клиническом случае, а также предложили алгоритм ведения пациентов с ВБА.

Клинический случай

48-летний мужчина был доставлен в отделение скорой помощи с жалобами на внезапно появившуюся выраженную боль в эпигастрии и один эпизод рвоты желчью. Однако эти симптомы полностью исчезли в течение нескольких часов. Анамнез пациента не был отягощен, за исключением гиперхолестеринемии. Больной отрицал наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета, а также недавно перенесенные травмы. При физикальном обследовании выявлено: кожные покровы бледные, влажные, температура тела 36,8°C, пульс ритмичный, ЧСС 84 уд/мин, АД 130/70 мм рт. ст. При пальпации выявлена болезненность в эпигастрии без перитонеальных знаков.

Уровень лейкоцитов в крови — $8,3 \times 10^9$ /л, уровень С-реактивного белка — 3 мг/л, показатели функции печени, сывороточные уровни липазы и амилазы — в пределах нормы. Уровень сердечных тропонинов — 0,012 мкг/л. Электрокардиограмма — без патологических изменений.

Компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением показала неравномерное увеличение диаметра ВБА, а также наличие пристеночного тромба без признаков ишемии кишечника и асцита. Криволинейная многоплоскостная реконструкция (МПР) ВБА позволила выявить расслоение проксимального отдела артерии, распространяющееся на артерии тощей и подвздошной кишки (рис. 1).

Селективная ангиография ВБА, проведенная с помощью катетера 5F типа cobra через трансфеморальный доступ, подтвердила наличие расслоения ВБА с сужением просвета ее проксимальной части. Расслоение распространялось на ДППА, и ее просвет также был резко сужен. В то же время проходимость дистальных ветвей ВБА была сохранена (рис. 2).

Так как у пациента отмечалось бессимптомное течение расслоения ВБА и не было никаких абдоминальных осложнений, с целью профилактики прогрессирования расслоения было решено провести чрескожное стентирование, а не открытое хирургическое вмешательство. Было получено устное информированное согласие пациента на проведение процедуры.

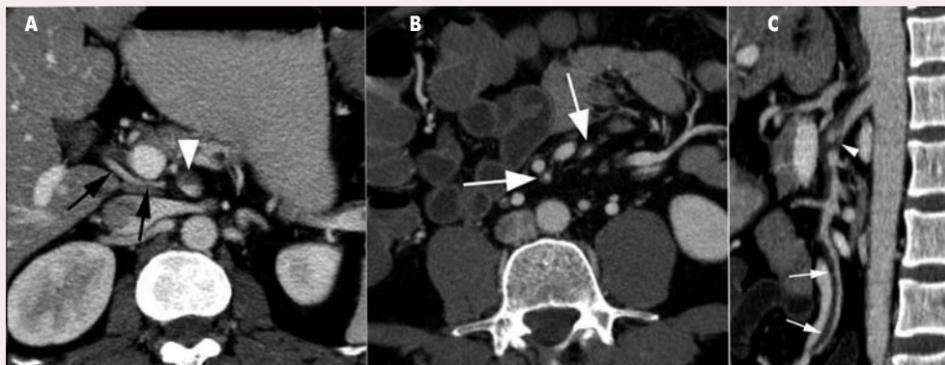


Рис. 1. КТ с контрастным усилением, портальная фаза

- А. Аксиальный срез на уровне проксимального отдела ВБА: расслоение ВБА с пристеночным тромбом (белая стрелка), сопровождающееся незначительным воспалением брыжейки; черными стрелками показана ДППА, которая проходит за воротной веной.
 В. Аксиальный срез на более низком уровне: распространение расслоения на дистальные ветви артерии (белые стрелки). Тонкая и толстая кишка без патологических изменений.
 С. Криволинейная МПР основного ствола ВБА: начало расслоения — приблизительно на 1 см ниже устья ВБА, дистальное распространение расслоения на артерию тощей кишки (белые стрелки); истинный просвет ВБА сильно сужен из-за дилатированного, частично тромбированного ложного просвета (короткая белая стрелка).

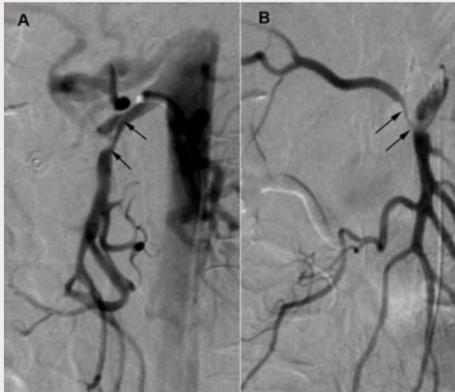


Рис. 2. Цифровая субтракционная ангиография ВБА с использованием катетера 5F типа cobra

А. Боковая проекция: черными стрелками показаны место входа в ложный просвет артерии и сужение истинного просвета лоскутом интимы.

В. Прямая проекция: распространение расслоения на проксимальную часть ДППА (черные стрелки), которая, как и ВБА, сильно сужена; дистальные ветви ВБА полностью проходима.



Рис. 3. Цифровая субтракционная ангиография ВБА после установки металлического эндопротеза

А. Боковая проекция: эндопротез в проксимальной части ВБА (черные стрелки) и полная реканализация ее истинного просвета.

В. Прямая проекция: восстановление кровотока в ДППА (черные стрелки).

Через трансфеморальный доступ в абдоминальную аорту был введен проводниковый катетер (RDC, 8F, 55 см). Затем после внутриа-артериального введения 5000 МЕ гепарина в истинный просвет ВБА через ее стенозированный участок был осторожно заведен 0,035-дюймовый проводник. После измерения диаметра ВБА с помощью селективной ангиографии был поставлен самораскрывающийся металлический эндопротез (диаметр 10 мм, длина 200 мм), который перекрыл вход в ложный просвет артерии и прижал лоскут интимы, перекрывающий истинный просвет сосуда (рис. 3). Контрольная ангиограмма подтвердила проходимость истинного просвета артерии с хорошим кровотоком во всех ветвях ВБА, включая ДППА.



Рис. 4. Алгоритм ведения пациентов с изолированным расслоением ВБА

После процедуры пациенту был рекомендован длительный прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг/сут, а также клопидогрел (нагрузочная доза — 300 мг, затем 75 мг/сут в течение 28 дней). Ультразвуковая доплерография была выполнена через 24 ч и повторно через семь дней после установки стента. Это исследование показало проходимость эндопротеза и нормальный кровоток в основных ветвях ВБА.

Пациент был выписан через восемь дней после процедуры. В течение следующих трех месяцев наблюдения не было выявлено никаких симптомов заболевания или осложнений лечения.

Обсуждение

ВБА является второй по частоте (после сонной артерии) локализацией изолированного спонтанного расслоения периферических артерий. Эта патология была впервые описана в 1947 году Brauenfeld и Jackson.

Историю ее лечения можно разделить на три периода. До 1970-х годов все пациенты с расслоением ВБА умирали. С 1970-х до начала 2000 г. единственным методом лечения было открытое оперативное вмешательство. В 1998 г. Yasuhara et al. сообщили о первых случаях полного выздоровления пациентов со спонтанным расслоением ВБА без хирургической операции. В 2000 г. Sparks et al. предложили использовать консервативный подход для ведения этой категории больных с использованием антикоагулянтов. В том же году Leung et al. описали случай успешного чрескожного эндоваскулярного вмешательства при расслоении ВБА.

В 2007 г. Sakamoto et al. подробно описали морфологические модели расслоения ВБА, а также представили отличия между четырьмя основными типами повреждения. Основываясь на этих данных, они обосновали различные подходы к лечению изолированного спонтанного расслоения ВБА.

В описанном случае перед авторами стояла задача выбора метода лечения ограниченного расслоения ВБА с распространением на проксимальный отдел ДППА у исходно здорового пациента, у которого абдоминальная боль внезапно возникла и спонтанно купировалась в течение нескольких часов; не наблюдалось никаких признаков экстравазации контрастного вещества при ангиографии; не было выявлено сопутствующих сосудистых аномалий, таких как аневризма или стеноз, а также ишемии кишечника.

Авторы предложили свой алгоритм выбора метода лечения расслоения ВБА, основанный на клинической картине и данных КТ (рис. 4). Для пациентов первой группы с бессимптомным течением расслоения ВБА (случайная находка на КТ) они рекомендуют антикоагулянтную терапию и тщательное наблюдение с периодическим проведением контрольных КТ с контрастным усилением (из-за риска прогрессирования расслоения и тромбоза истинного просвета артерии). Антикоагулянты, которые рекомендованы при расслоении сонной артерии (Karacasigil et al., 1996), при расслоении ВБА также позволяют предотвратить тромбоз истинного просвета артерии и эмболические осложнения. Выбор КТ-ангиографии для наблюдения в динамике авторы считают

обоснованным, так как доказано, что она является не менее точным методом, чем селективная ангиография, для определения локализации и распространенности расслоения артерии (Furukawa et al., 2002; Sheldon et al., 2001). Что касается интервала между повторными КТ, то в настоящее время нет четких рекомендаций по данному вопросу.

Для пациентов второй (наличие острой транзиторной или хронической рецидивирующей боли) и третьей групп (острая непрекращающаяся боль) хирургическое вмешательство является обязательным, даже если абдоминальная боль может быть связана с воспалением вокруг расслоения ВБА, а не с острой ишемией тонкой кишки.

В одной из последних публикаций было убедительно продемонстрировано, что у пациентов с клинически манифестным расслоением ВБА после стентирования отмечается полное купирование абдоминальной боли (Gobble et al., 2009).

В данном клиническом случае пациент относился ко второй группе, так как острая боль у него спонтанно купировалась. Кроме того, у него не было признаков ишемии кишечника на КТ. С учетом клинической картины авторы посчитали целесообразным проведение ангиографии для уточнения локализации и распространенности расслоения ВБА и рассмотрение вопроса о возможности эндоваскулярного стентирования. По мнению Ozaki et al. (2006) в подобных случаях консервативное лечение или малоинвазивная процедура могут быть альтернативой хирургическому вмешательству.

После вмешательства рекомендуется тщательное наблюдение с особой осторожностью в отношении повторного появления абдоминальной боли.

В данном клиническом случае у авторов были некоторые опасения относительно васкуляризации правой доли печени пациента, однако, к счастью, ангиография показала наличие коллатералей и сохранение кровотока через ДППА после установки стента. Послеоперационный период протекал без осложнений, нарушения функции печени не наблюдались.

Важно подчеркнуть, что выбор эндоваскулярного стентирования в качестве метода лечения расслоения ВБА возможен только при наличии специалистов с большим опытом в интервенционной радиологии.

Вывод

У пациентов с расслоением ВБА и наличием непрекращающейся абдоминальной боли и/или признаков ишемии кишечника на КТ обязательным является открытое хирургическое вмешательство. У пациентов с транзиторной болью следует рассмотреть возможность проведения эндоваскулярного вмешательства в специализированном центре. Консервативный подход с применением антикоагулянтов и тщательное наблюдение рекомендованы при случайном выявлении бессимптомного расслоения ВБА.

Список литературы находится в редакции. N.C. Buchs et al. Journal of Medical Case Reports 2010, 4: 87

Подготовила Наталья Миценко